FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

DU TRAITEMENT

DES

INFECTIONS PERI-UTÉRINES AIGUES

ET DES SALPINGITES

Par le Tétra-vaccin antipyogène de l'Institut Pasteur

PAR

ANDRÉ GARNIER

Né à Vitry-le-François (Marne) le 16 Novembre 1900

Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. le Professeur LECÈNE

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

LE DOYEN : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE.....	Hygiène.
L. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentᵉ.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE.	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL ..	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
TANON.....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER....	Histologie.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale

V. CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédie chez l'adulte pour les accidents du travail, mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLET-BERT.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opini émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées com propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation improbation.

A la Mémoire de ma Sœur

A mon Père et à ma Mère

A M. le Docteur VICTOR DAUBRET

A M^me^ et à M^lle^ DAUBRET

A Messieurs
MAURICE CANONNE et GABRIEL ABD-EL-NOUR
Internes Pr. des Hôpitaux de Paris

A M. le Docteur BASILE THEODORESCO
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Meis et Amicis

A mon Maître et Président de Thèse

M. le Professeur PAUL LECÈNE

Professeur de Pathologie Externe

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

En témoignage de ma respectueuse admiration et de ma reconnaissance.

A mon Maître

M. le Professeur agrégé CHARLES AUBERTIN

En témoignage de mon respectueux attachement.

A M. le Docteur MOULONGUET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Hommage de ma reconnaissance pour la bienveillance qu'il ma toujours témoignée.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Externat Provisoire

1918-1919 M. le Professeur agrégé THIERY.

1919-1920 M. le Docteur BARBIER.

Externat

1920-1921 M. le Professeur agrégé VILLARET.
M. le Professeur RATHERY.

1921-1922 M. le Docteur BAZY.
M. le Professeur agrégé BASSET.

1922-1923 M. le Professeur agrégé AUBERTIN.

1923-1924 M. le Docteur ARROU.
M. le Professeur agrégé METZGER.

1924-1925 M. le Professeur GILBERT.

1925-1926 M. le Professeur LECÈNE.

1926 M. le Professeur agrégé MARION.

A MM. GERNEZ, DE GAUDART D'ALLAINES,
MOULONGUET, BINET, CHABROL

Chirurgiens, Médecins des Hôpitaux.

A MM. GRELLETY-BOSVIEL, RAYMOND BERNARD,
GÉRARD-MARCHANT, LAFOURCADE, BIDERMANN
A Mlle POMMAY

Anciens Internes des Hôpitaux de Paris.

DU TRAITEMENT

DES INFECTIONS PÉRI-UTÉRINES AIGUES ET DES SALPINGITES

Par le Tétra-vaccin antipyogène de l'Institut Pasteur

INTRODUCTION

Durant l'année d'externat que nous avons passée dans le service de M. le Professeur Lecène, à l'Hôpital Saint-Louis, il nous a été donné d'observer un grand nombre de malades atteintes d'affections pelviennes, soit infections péri-utérines aiguës, et en particulier cellulites pelviennes, soit salpingites aiguës, subaiguës ou chroniques d'origines diverses, qui ont été traitées par le tétra-vaccin antipyogène de l'Institut Pasteur.

Etant donné le rôle important que semblent devoir jouer les vaccins dans la thérapeutique gynécologique, nous avons cru intéressant, sans vouloir établir une règle fixe dans leur emploi, de rapporter un certain nombre de faits cliniques qui semblent bien mettre en valeur le gros intérêt pratique de la vaccinothérapie dans ces infections si fréquentes en gynécologie.

Jusqu'à ces dernières années en effet, malgré les quelques essais, souvent d'ailleurs peu encourageants, qui avaient été faits dans cette voie, les malades atteintes d'infections péri-utérines, et en particulier de salpingites, n'avaient guère le choix qu'entre deux moyens thérapeutiques, présentant d'ailleurs tous deux de gros inconvénients.

D'une part, il s'agit de la thérapeutique purement médicale, thérapeutique immobilisant souvent la malade pendant de longues semaines, donnant d'ailleurs des résultats très inconstants, et ne pouvant s'appliquer qu'à des malades de certaines classes sociales, pouvant disposer de loisirs pour se soigner.

Au contraire, chez les malades des classes ouvrières, qui n'ont ni les moyens, ni le temps de s'astreindre à la cure de repos, la thérapeutique purement médicale, par les moyens classiques, ne peut que rarement être mise en œuvre d'une façon satisfaisante.

Et chez celles-ci, ainsi que bien souvent aussi chez les malades qui ont suivi le traitement médical sans résultats appréciables, il était nécessaire de recourir à l'autre thérapeutique, le traitement chirurgical, c'est-à-dire le plus souvent à la castration.

Mais si le traitement médical présente l'inconvénient d'être très long, de ne pas toujours donner les résultats qu'on en attend, de ne pas s'appliquer à toutes les classes de la société, le traitement chirurgical présente, lui aussi, de sérieux inconvénients.

Il a évidemment, pour lui, l'avantage d'être rapide, d'être radical, de supprimer immédiatement les symp-

tômes douloureux si pénibles pour les malades. Mais il faut bien dire qu'à côté des risques opératoires, minimes il est vrai, lorsque l'intervention est pratiquée avec toutes les précautions nécessaires, il s'agit là d'un traitement mutilant, qui laisse bien souvent à sa suite des troubles de ménopause précoce, d'autant plus marqués que l'hystérectomie est pratiquée chez des femmes plus jeunes. De plus, en dehors du point de vue familial (car les malades hystérectomisées deviennent souvent des névropathes), il faut tenir compte du point de vue social, puisque toutes les femmes opérées dans ces conditions sont désormais stériles.

C'est pourquoi il était logique de tenter une thérapeutique nouvelle, et, sans en être réduit à une castration, de rechercher par la vaccinothérapie s'il n'était pas possible d'abréger et de simplifier le traitement médical, tout en en améliorant les résultats.

En 1923, cependant, la valeur du traitement par le vaccin était mise en doute, puisqu'on arrivait à conclure que « très souvent le but poursuivi n'était pas obtenu, et que, dans les cas heureux, où une amélioration très sensible, voire même une guérison cliniquement apparente survient, on est en droit de se demander si le traitement médical actuel des affections utéro-annexielles, aiguës ou chroniques, n'entre pas pour une très grande part dans les résultats observés. »

Or, il résulte des observations nombreuses que nous avons pu faire pendant l'année 1925-1926 dans le service de M. le Professeur Lecène, que la vaccinothérapie par le vaccin Pasteur, sans adjonction d'aucun autre traite-

ment médical, a permis d'améliorer des malades atteintes d'annexites, au point qu'elles ont pu reprendre une vie absolument normale, sans présenter aucun trouble résultant de l'affection qui avait été diagnostiquée lors de leur arrivée dans le service.

HISTORIQUE

Le principe de la vaccinothérapie avait été mis en lumière par Pasteur, et, après lui, de nombreux essais furent faits, avec des résultats plus ou moins encourageants, dans cette voie par de nombreux auteurs.

Sans vouloir faire toute l'historique de la préparation des vaccins, qui n'entre pas dans le cadre de notre sujet, nous rappellerons que les premiers vaccins expérimentés dans les laboratoires étaient constitués par des germes vivants et atténués. De telles préparations ne pouvaient être employées en clinique, car elles auraient été par trop dangereuses, étant donnés la sensibilité variable et le pouvoir de défense variable de chaque individu pour un germe donné, même atténué.

On en vint alors à préparer des cultures tuées par la chaleur; c'est la période des grands travaux de Widal et Chantemesse en 1888, ceux de Brieger, de Kitasato et de Wassermann en 1892.

Ensuite, les méthodes de préparation des vaccins se multiplièrent, mais c'est surtout à la suite des travaux de Wright qu'un grand pas fut fait.

C'est Brücke qui, un des premiers, eut l'idée, en 1906, d'employer un vaccin antigonococcique dans le traitement des affections pelviennes. Après lui, Wright, Schmitt, puis, plus près de nous, Renaud, fabriquèrent des vaccins de nature variée, mais c'est surtout Nicolle, en 1913, qui fit passer l'usage des vaccins du laboratoire dans la pratique courante.

Ces vaccins étaient préparés de façon très variable et, à côté de ceux préparés avec des cultures en bouillon, tuées à 60°, on fit des cultures sur gélose, puis on ajouta des substances antiseptiques, le lysol, l'acide phénique, pour permettre la conservation prolongée.

Mais, où les auteurs ne sont pas d'accord, c'est de savoir s'il faut utiliser, pour la préparation des vaccins, des germes pris sur l'individu lui-même qu'on veut traiter ou si l'on peut utiliser des cultures quelconques.

Certains, en effet, ne veulent attribuer de valeur qu'aux auto-vaccins, affirmant que, seuls, ceux-ci peuvent avoir une influence favorable sur l'affection à traiter. D'autres, au contraire, prétendent obtenir des résultats identiques avec des vaccins préparés d'avance avec des souches cultivées, avec des stock-vaccins.

Cette question reste d'ailleurs en suspens et elle est loin d'être résolue, étant donnée l'inconstance des résultats obtenus, tant avec les auto qu'avec les stock-vaccins.

D'ailleurs, dans la partie de la vaccinothérapie qui nous intéresse, c'est-à-dire dans le traitement d'affections qui ne sont pas accessibles par les voies naturelles, il ne peut-être question que de stock-vaccins, et la question importante est de savoir quel vaccin employer.

Nous rappellerons, à ce point de vue, qu'on avait préparé d'abord des stock-vaccins monovalents, c'est-à-dire ne contenant qu'une seule souche d'un microbe déterminé; c'est en particulier le vaccin qui avait été employé par Brücke en 1906, vaccin antigonococcique ne contenant qu'une seule espèce de gonocoques.

On en vint à préparer ensuite des stock-vaccins polyvalents, c'est-à-dire contenant plusieurs souches d'une même espèce microbienne, car on connaît la diversité des souches, aussi bien du gonocoque que du staphylocoque ou du streptocoque.

On arrivait ainsi à augmenter les chances de déterminer la formation des anticorps spécifiques, chances d'autant plus grandes que la préparation contenait plus de souches d'une même espèce microbienne.

Enfin, on alla encore plus loin, et on finit par employer, non plus un vaccin polyvalent, mais bien des polyvaccins, c'est-à-dire contenant non seulement des souches différentes du microbe agent de l'infection en cause, mais encore des germes associés.

En effet, les salpingites en particulier, sont des affections qui ne reconnaissent pas un agent unique et, sans parler des salpingites metastatiques ou d'origine intestinales, les salpingites d'origine utérine ou vaginale ne sont pas toujours dues à un même microbe, puisqu'elles peuvent être dues, non seulement à une infection gonococcique, mais encore à une infection puerpérale, post partum ou post abortum, ou encore à des infections utéro-vaginales banales.

C'est pourquoi M. le Professeur Delbet s'est attaché

à préparer un vaccin contenant, non plus une espèce microbienne déterminée, mais bien un ensemble des germes pyogènes, ceux que l'on rencontre avec une fréquence toute particulière dans les infections d'odre chirurgical.

Nous signalerons dans un chapitre suivant quels sont les inconvénients que présente l'utilisation du bouillon-vaccin Delbet, en même temps que nous indiquerons la composition du tétra-vaccin antipyogène de l'Institut Pasteur, sa composition, sa technique et ses indications dans les infections péri-utérines aiguës et dans les salpingites aiguës, subaiguës ou chroniques.

LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS DES INFECTIONS PÉRI-UTÉRINES AIGUES ET DES SALPINGITES

A. — Indication du traitement médical dans les infections péri-utérines et les salpingites

Lorsqu'on se trouve en présence d'une malade qui, à la suite d'un accouchement difficile ou d'un avortement, arrive à l'hôpital avec des signes de pelvi-péritonite diffuse, chez laquelle l'examen local fait constater un empâtement général des culs-de-sac, avec immobilisation de l'utérus, il ne faut pas songer à intervenir chirurgicalement. C'est là une thérapeutique qui est absolument contre indiquée, étant donnés les dangers auxquels elle expose. Elle est d'ailleurs d'autant plus inutile que ces phlegmons du ligament large, et que ces cellulites pelviennes sont des affections qui sont curables et même complètement curables par le traitement médical classique, tel que nous le décrirons tout à l'heure.

De même lorsqu'on se trouve en présence d'une malade chez laquelle les signes locaux permettent de porter le diagnostic de salpingite aiguë, il ne faut pas non plus tenter de pratiquer une intervention chirurgicale. A la phase de début, en effet, quand il n'y a pas encore de sup-

puration collectée, seul, le traitement médical doit être mis en œuvre. Autrefois, en effet, certains auteurs avaient préconisé l'intervention précoce, comme il est classique de le faire dans les appendicites, mais c'est là une pratique qui doit être absolument proscrite dans le traitement des annexites aiguës, étant donnée la gravité de l'opération chirurgicale pratiquée à ce stade.

Et ce qui est vrai pour les salpingites aiguës l'est également pour les salpingites subaiguës et pour les salpingites chroniques au moment des poussées qu'elles sont susceptibles de déterminer à intervalles plus ou moins éloignés.

Il faut bien dire d'ailleurs que l'examen local pratiqué dans cette phase aiguë ne permet pas de juger de l'étendue exacte des lésions réelles, et on conserve ainsi l'avantage d'apprécier les reliquats des lésions après refroidissement. Et c'est là un fait très important au point de vue de la conduite à tenir ultérieurement. L'appréciation exacte du degré et de l'étendue des lésions permet en effet d'instituer un traitement en conséquence, soit les soins médicaux prolongés, soit l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire, suivant les cas, hystérectomie fundique, ou hystérectomie totale ou subtotale à froid.

B. — Conduite du traitement médical

Etudions donc maintenant rapidement quelles sont les grandes lignes du traitement médical classique, qu'il était nécessaire de suivre avant la pratique de la vaccinothérapie, car nous aurons l'occasion de montrer un peu plus

loin quels sont les réels progrès que l'utilisation des vaccins a permis de réaliser tant au point de vue de la durée du traitement qu'au point de vue de ses résultats immédiats aussi bien qu'éloignés.

Le traitement médical comporte avant tout l'immobilisation aussi complète que possible dans le décubitus horizontal le plus strict, car c'est là certainement la base de la thérapeutique médicale.

Il faut y adjoindre les injections vaginales aussi chaudes que possible, qui permettent de lutter avec une certaine efficacité contre les phénomènes douloureux. Il est bon d'ailleurs, pour obtenir une sédation plus marquée, d'y adjoindre les lavements chauds qui, en même temps qu'ils aident à combattre la douleur, favorisent l'évacuation intestinale, fait important, car il ne faut pas oublier les troubles surajoutés dus à la constipation si fréquemment rencontrée chez ces malades.

Enfin, dans de nombreux cas, s'il y a des risques d'extension au péritoine, si on se trouve en présence d'une cellulite pelvienne qui s'accompagne d'une réaction péritonéale, il importe de mettre une vessie de glace en permanence sur l'abdomen.

Et ce traitement, d'ailleurs, ne doit pas être employé seulement dans les infections péri-utérines aiguës ou dans les annexites aiguës.

En effet, dans les salpingo-ovarites chroniques, quelle que soit d'ailleurs la forme anatomique de l'annexite, qu'il s'agisse d'un pyosalpinx refroidi, qu'il s'agisse d'une salpingo-ovarite parenchymateuse avec adhérences, c'est ce même traitement médical, chaque fois qu'il peut être

suivi, qui doit être prescrit au début. En dehors du repos prolongé, des injections vaginales et rectales, on pourra prescrire en outre l'hydrothérapie sous toutes ses formes, c'est-à-dire les bains tièdes, l'hydrothérapie en douches; on pourra également tenter le traitement héliothérapique.

C. — Indications du traitement chirurgical

Mais, comme nous l'avons dit, ces différentes thérapeutiques d'ordre purement médical nécessitent un temps souvent fort long pendant lequel les malades sont astreintes à mener une vie inactive. De plus, les résultats obtenus sont loin d'être toujours ceux qu'on en attend, et lorsque ce traitement a échoué, il devient nécessaire de recourir au traitement chirurgical.

Bien souvent, en effet, malgré une immobilisation parfois très prolongée, les malades continuent à présenter d'une façon plus ou moins espacée, des douleurs pelviennes d'intensité variable, à tel point que ces malades sont de véritables infirmes, absolument incapables de fournir le moindre travail ou le moindre effort soutenu, et qui, de plus, deviennent des névrosées.

Il faut alors intervenir chirurgicalement, et c'est beaucoup plus les troubles fonctionnels présentés par ces malades, que les signes physiques fournis par l'examen local qui doivent commander l'hystérectomie ou une opération plus ou moins conservatrice suivant la gravité, l'étendue et le type des lésions observées au moment de l'intervention.

D. — Indications de la vaccinothérapie

Telles étaient donc les deux thérapeutiques que les chirurgiens avaient à leur disposition avant l'emploi de la vaccinothérapie.

Celle-ci, en effet, est de pratique encore trop récente pour qu'on puisse lui donner la première place dans le traitement des infections gynécologiques; cependant, nous allons voir qu'elle semble devoir diminuer, d'une part la durée du traitement médical, d'autre part le nombre des interventions chirurgicales.

Nous avons déjà signalé que Brücke, en 1906, tenta, sans grands résultats, d'employer un vaccin antigonococcique dans le traitement des annexites. De même, Bar et Lequeux, en 1913, signalaient quelques observations de salpingites traitées par le vaccin.

Or, le vaccin peut être employé, non seulement dans les salpingites, mais bien dans toutes les infections pelviennes, et c'est ainsi que nous rapportons trois cas de cellulite pelvienne et un cas d'hématocèle rétro-utérine infectée, traitées par le tétra vaccin Pasteur, cas qui semblent avoir été heureusement influencés par lui.

1. — *Action du vaccin dans les infections péri-utérines*

Dès la première injection, en effet, on constate une amélioration dans l'état de la malade et, si on n'observe pas toujours une chute marquée de la fièvre, on constate du moins une diminution notable des phénomènes douloureux, au point que nous avons vu bien des fois les malades réclamer d'elles-mêmes une nouvelle injection.

Un deuxième point intéressant, c'est que l'emploi du vaccin semble déterminer une fonte beaucoup plus rapide que par le traitement médical seul, de la masse constatée par le toucher vaginal.

En effet, dans l'observation I, nous avons constaté, dès la première injection, une diminution considérable des phénomènes douloureux en même temps qu'une chute marquée de la température. De plus, en peu de temps, huit jours après la permière piqûre, on constatait une diminution très nette de la masse latéro-utérine qui était devenue complètement indolore.

Cependant, comme nous le montre l'observation, la température qui était retombée à la normale, recommença bientôt à monter et à présenter de grandes oscillations. Il s'agissait, en effet, d'une femme infectée depuis longtemps déjà, et cette fièvre était en rapport avec une poussée d'annexite bilatérale accompagnée d'une phlegmatia. Une nouvelle série d'injections de vaccin antipyogène Pasteur, pratiquée à ce moment, eut une influence très nette sur les lésions annexielles qui fondirent rapidement, mais n'eut, par contre, aucune action contre la phlébite qui évolua comme d'ordinaire, et qui obligea à maintenir la malade dans l'immobilisation stricte pendant longtemps. Mais il est certain que lorsque la femme sortit de l'hôpital au mois de décembre, elle ne présentait plus aucune lésion appréciable au toucher et lorsqu'elle fut revue au mois d'avril dernier, elle avait repris ses occupations habituelles et ne se plaignait plus d'aucun trouble fonctionnel.

De même, dans l'observation II, nous avons constaté

par l'utilisation du vaccin une régression rapide de la masse latéro-utérine avec chute immédiate de la température; quant aux symptômes douloureux présentés par la malade, ils diminuèrent également très rapidement dès le début pour disparaître au bout de quelques jours.

Il semble donc permis de croire par ces faits, pris parmi beaucoup d'autres, qu'on peut attendre d'excellents résultats par l'emploi de la vaccinothérapie dans le traitement des infections péri-utérines.

Il est certain que la régression des lésions est obtenue beaucoup plus rapidement, que, non seulement elle peut permettre de limiter l'extension des lésions si elle est faite précocement et à des doses suffisantes, mais qu'encore elle permet d'en diminuer la durée et d'en atténuer la gravité.

2. — *Action du vaccin dans les salpingites*

Et ce que nous disons pour les infections péri-utérines semble encore plus exact en ce qui concerne les annexites. Nous avons réuni un certain nombre d'observations qui semblent, à ce point de vue, permettre les plus grands espoirs. Ces observations sont d'autant plus intéressantes qu'il s'agit, dans la plupart des cas, de malades qui se sont présentées à la consultation et qui, malgré les lésions marquées qu'elles présentaient, n'ont pas été dans la nécessité de rester à l'hôpital. Elles ont pu, au bout de peu de temps, vaquer à leurs occupations habituelles et mener en somme une vie relativement active sans être incommodées par leur annexite.

Nous verrons, par les quelques observations que nous

avons recueillies, que l'emploi du vaccin antipyogène a permis de constater, d'une injection d'antipyogène à l'autre, une amélioration considérable dans l'état des malades, tant au point de vue des lésions locales qu'au point de vue des symptômes fonctionnels entraînés par celles-ci.

3. — *Cas où le vaccin antipyogène doit être remplacé par un vaccin monovalent spécifique*

Il ne faudrait pas cependant en conclure que toutes les infections pelviennes sont susceptibles de retirer toujours, de cette vaccinothérapie, les mêmes bénéfices.

En effet, parmi les nombreuses malades qui ont été examinées et traitées à la consultation de M. le Professeur Lecène, il en est un certain nombre qui n'ont certainement pas été améliorées d'une façon satisfaisante par le tétra-vaccin antipyogène Pasteur.

Bien que les injections aient été pratiquées suivant la même méthode et aux mêmes doses, certaines annexites n'ont nullement réagi à l'emploi de ce vaccin.

Et l'explication de ces échecs semble devoir être donnée par ce fait que toutes les annexites ne reconnaissent pas la même cause. En effet, si le vaccin antipyogène semble donner des résultats à peu près constants lorsqu'on se trouve en présence de malades atteintes d'annexites survenues à la suite d'un accouchement ou d'un avortement suivis d'infection puerpérale, en présence de malades atteintes d'annexites survenues à la suite d'infections utéro-vaginales banales, il paraît avoir des effets

beaucoup moins heureux lorsqu'il s'agit de traiter un certain nombre de salpingites d'origine gonococcique.

Ici, en effet, les résultats observés sont très variables; alors que certaines malades sont certainement très améliorées par le vaccin antipyogène, d'autres au contraire, n'en retirent aucun bénéfice. Est-ce à dire que ces femmes ne peuvent retirer aucun avantage de la vaccinothérapie ? Certainement non. Mais il s'agit de cas où les lésions sont dues probablement beaucoup plus au gonocoque qu'aux germes d'infection secondaire; et ce qui vient à l'appui de cette théorie, c'est que lorsqu'on remplace le vaccin antipyogène par un vaccin antigonococcique (c'est le Néo-Dmegon qui a alors été employé dans le service pour ces cas), celui-ci donne les résultats que l'on obtient avec l'antipyogène dans les autres cas.

4. — *Cas où le vaccin n'empêche pas l'intervention chirurgicale*

Nous n'irons pas jusqu'à dire que la vaccinothérapie constitue la seule thérapeutique qui doive être désormais employée dans le traitement des affections gynécologiques : il est évident qu'un certain nombre d'annexites ne sont que peu influencées par la vaccinothérapie, quelque soit le vaccin employé; et si on peut constater une amélioration des signes fournis par le toucher vaginal, certaines femmes continuent cependant à présenter des troubles fonctionnels tels que l'intervention chirurgicale est indiquée.

Toutefois, même dans ces cas où la vaccinothérapie semble avoir échoué, au moins en apparence, où elle

semble n'avoir donné que des résultats cliniques peu nets, elle peut cependant donner des résultats au point de vue anatomique.

Et, à ce point de vue, nous avons en effet rapporté deux cas d'annexites opérées après un traitement vaccinothérapique; et si, dans un des cas, des circonstances opératoires difficiles n'ont pas permis de faire une chirurgie conservatrice, dans l'autre, au contraire, une hystérectomie fundique a été possible.

Il est évidemment difficile d'affirmer que la vaccinothérapie a une influence heureuse sur les résultats anatomiques, et les deux cas que nous rapportons ne sont pas suffisants pour permettre d'en tirer une conclusion définitive.

Malgré tout, il nous est peut-être permis d'émettre cette hypothèse que les difficultés opératoires pourraient être, au moins en partie, aplanies, si l'on pratiquait d'une façon systématique la vaccinothérapie dans les annexites avant l'intervention lorsque celle-ci est jugée nécessaire.

Nous terminerons cet exposé en indiquant la composition du tétra-vaccin antipyogène Pasteur, en indiquant la technique que nous avons suivie dans son emploi, et en donnant les raisons pour lesquelles nous avons cru devoir l'employer.

Küss, dans sa thèse, a rapporté une quinzaine d'observations relatives à des annexites d'origines diverses, qui avaient été traitées par le bouillon-vaccin Delbet. Les résultats qu'il semble avoir obtenus avec celui-ci ne sont certainement pas négligeables. Mais il paraît arriver à cette conclusion que la vaccinothérapie dans les annexites

n'a donné de résultats vraiment efficaces que dans les cas où le vaccin employé était destiné à combattre un microbe contre lequel il était spécifique. Küss a employé évidemment un polyvaccin, mais celui-ci n'aurait été vraiment efficace qu'en employant en même temps, à titre d'adjuvant, un autre vaccin, monovalent celui-là (ordinairement le vaccin antigonococcique), et qui aurait amélioré des lésions restées jusque-là stationnaires.

Il semble bien cependant qu'avec le vaccin antipyogène Pasteur, employé aux doses que nous allons indiquer, on puisse obtenir des résultats au moins aussi satisfaisants, et sans adjonction d'un autre monovalent, excepté dans les cas où ce monovalent, seul, a une réelle action.

Composition du tétra-vaccin antipyogène Pasteur

Le tétra-vaccin antipyogène Pasteur est préparé avec des souches sélectionnées des principaux microbes pyogènes aérobies, ceux que l'on rencontre avec la plus grande fréquence, c'est-à-dire le staphylocoque, le streptocoque, le pyocyanique et le cutis commune. Chaque centimètre cube de vaccin contient trois milliards de staphylocoques, 3 milliards de streptocoques, 1 milliard 500 millions de pyocyaniques et 500 millions de cutis commune.

Il est préparé à l'aide de microbes prélevés sur des cultures jeunes sur gélose, mis en suspension dans l'eau physiologique et tués par la chaleur.

Composition du bouillon vaccin Delbet

Le bouillon vaccin Delbet, lui, est préparé, non plus avec des cultures jeunes, mais avec des cultures de streptocoques vieilles de quinze jours, des cultures de staphylocoques et de pyocyaniques vieilles d'un mois. Ces trois cultures sur bouillon peptoné sont mélangées à parties égales et chauffées au bain marie à 62°, puis, après répartition en ampoules, chauffées une seconde fois le lendemain à 62°. Ce vaccin contient, par dose de quatre centimètres cubes : un milliard 750 millions de streptocoques, trois milliards 300 millions de staphylocoques et 8 milliards de pyocyaniques.

Nous voyons donc la différence, d'une part, de préparation, d'autre part, de composition de ces deux vaccins. Et s'ils sont dissemblables de ce côté, ils le sont également, aussi bien par les doses à employer que par les réactions qu'ils déterminent.

Les doses de vaccin antipyogène à employer

Dans les infections aiguës, phlegmons du ligament large, cellulites pelviennes, salpingites aiguës avec réaction péritonéale, c'est-à-dire chez les malades hospitalisées, nous avons pratiqué les injections de la manière suivante : une injection tous les deux jours aux doses progressivement croissantes de un demi, un, deux et deux centimètres cubes.

Mais, chez les malades de la consultation, qui présentaient le plus souvent des salpingites subaiguës ou des salpingites chroniques au moment d'une poussée doulou-

reuse, nous avons cru utile d'augmenter ces doses, d'autant plus que les malades étaient plus susceptibles de faire les frais de la réaction vaccinale, et nous les avons augmentées considérablement, sans inconvénient sérieux; il semble d'ailleurs qu'avec ces doses plus élevées, nous ayons obtenu des résultats beaucoup plus rapides.

Inconvénients du bouillon-vaccin Delbet

Au lieu du tétra-vaccin Pasteur, nous avons vu employer chez certaines malades le boullin-vaccin Delbet. Les résultats obtenus nous ont paru être à peu près les mêmes avec l'un qu'avec l'autre de ces vaccins. Mais celui de Delbet donne assurément des réactions locales et générales plus fortes; il a donc des inconvénients. Ce sont ces inconvénients que nous allons passer en revue.

Chaque injection de quatre centimètres cubes, qui se fait dans les masses musculaires de la face antéro-externe de la cuisse, doit être répartie, d'après le conseil donné par le Professeur Delbet lui-même, en deux endroits différents. Malgré cela, nous avions remarqué souvent un certain degré d'engourdissement de la région, survenant presque aussitôt après la piqûre, et faisant bientôt place à une douleur marquée, persistant pendant un, et même quelquefois deux jours, douleur parfois tellement intense qu'il en résultait une impotence passagère absolue du membre.

D'autre part, au niveau même du siège de l'injection, il existait, d'une façon constante, une rougeur plus ou moins diffuse, s'accompagnant même parfois d'un œdème localisé, au niveau duquel la palpation révélait une

vive douleur. Cette rougeur était parfois peu intense, très passagère, mais souvent aussi elle constituait une véritable plaque de lymphangite.

Enfin, il est certain que l'injection de bouillon-vaccin Delbet détermine souvent une réaction fébrile assez intense, pouvant atteindre deux degrés et même davantage, réaction qui s'accompagne parfois d'un véritable état nauséeux.

Réactions observées avec le vaccin antipyogène Pasteur

Avec le tétra-vaccin Pasteur, nous n'avons pour ainsi dire jamais observé de réaction locale lorsque nous l'avons employé aux doses habituelles utilisées dans le service. Ce n'est qu'exceptionnellement que les malades ont accusé un très léger engourdissement ou une très légère douleur au point d'injection, et nous n'avons presque jamais constaté de rougeur locale, et encore moins de lymphangite réticulaire.

Quant à la réaction fébrile qui suit l'injection, elle fait bien souvent défaut, et c'est presque constamment que, à la suite d'une injection faite le matin, nous n'avons observé le soir qu'une température augmentée de trois à quatre dixièmes de degré, c'est-à-dire la différence de température qu'on observe normalement le matin et le soir chez ces malades.

A la consultation, comme nous le disions tout à l'heure, nous avons employé des doses beaucoup plus fortes, faites de la manière suivante, en général : deux,

quatre, six et huit centimètres cubes, à raison d'une injection tous les deux jours.

Evidemment, la réaction observée était certainement plus marquée qu'avec les doses habituelles, plus particulièrement la réaction locale; mais cependant, elle n'a été que rarement assez intense pour obliger les malades à s'arrêter complètement, même d'une façon passagère : celles-ci se plaignaient surtout d'un peu de douleur passagère, d'un peu d'engourdissement, quelquefois d'une légère réaction fébrile le soir. Et chez une seule malade, dont nous avons d'ailleurs rapporté l'observation, la dose de quatre centimètres cubes a déterminé une grosse réaction, avec bouffées de chaleur dans les heures qui ont suivi l'injection, et même un état presque syncopal par moments.

Malgré cela, nous avons pu refaire, trois jours après, une nouvelle injection de quatre centimètres cubes, que la malade a beaucoup mieux supportée. D'ailleurs, nous avons espacé de la même manière les piqûres chaque fois que les malades semblaient réagir localement d'une façon un peu plus intense.

Lieu d'injection

Les injections ont toujours été pratiquées dans la région antéro-externe de la cuisse, en plein tissu cellulaire sous-cutané. Dans les cas aigus, cellulite pelvienne, salpingites aiguës avec réaction péritonéale, nous avons toujours pratiqué les injections de 1/2, 1, 2 et 2 centimètres cubes à deux jours d'intervalle. A la consultation, nous

avons employé les doses déjà indiquées précédemment, avec un intervalle de un jour ou de deux jours suivant la réaction présentée par les malades.

Résultats

C'est avec cette technique que nous avons obtenu les résultats déjà signalés et que nous retrouverons dans les observations qui suivent.

Nous pourrons donc, en résumé, affirmer qu'on obtient, dans tous les cas appropriés, une sédation marquée et rapide des phénomènes douloureux, une diminution, également rapide, des lésions constatées au toucher chez les malades que leur fièvre élevée oblige à garder le lit.

Et nous insisterons encore une fois, d'autre part, sur ce fait que les malades atteintes d'annexites subaiguës ou en poussées, et traitées par le vaccin, n'ont pas été astreintes à l'immobilisation prolongée, et que beaucoup ont pu, au bout d'un temps relativement court, reprendre leurs occupations habituelles sans éprouver la moindre gêne, du fait de leur annexite.

Enfin, on peut espérer que, dans les cas où l'intervention chirurgicale restera nécessaire, elle pourra se borner à des opérations conservatrices.

OBSERVATIONS

Observation I

Mme G... Marie, 41 ans, concierge. Phlegmon du ligament large avec annexite droite.

Entre à l'hôpital le 21 octobre 1925 pour douleurs abdominales ayant débuté le 27 septembre, jour où la malade a fait une fausse couche de 2 mois 1/2 environ.

Depuis ce moment, la malade est restée alitée et n'a cessé d'avoir des métrorragies accompagnées d'une température aux environs de 38°.

Elle a été curetée chez elle le 16 octobre, mais, à la suite de celui-ci, la température est brusquement montée à 40° et a persisté les jours suivants, ce qui décide la malade à entrer à l'hôpital.

A son entrée, l'examen de l'abdomen ne montre rien de particulier. Au toucher, on trouve un col en légère rétroversion. Le cul-de-sac latéral gauche est complètement rempli par une masse très dure et très douloureuse, qui est accolée à l'utérus, venant même déborder l'insertion du vagin. Du côté droit, on perçoit dans le cul-de-sac une petite masse située beaucoup plus haut et un peu douloureuse.

Depuis son entrée, température à grandes oscillations, aux environs de 37°5 le matin et atteignant 40° et même plus le soir ; de plus, les deux jours qui ont suivi son entrée, la malade a présenté le soir un grand frisson ayant duré une demi-heure.

Aussi, le lendemain, 24 septembre, on fait une première injection de vaccin Pasteur, et le lendemain, la malade fait 37°1 le matin et 37°3 le soir.

Le 26, nouvelle injection de 1 cm³ de vaccin : même température. Le lendemain, la malade déclare spontanément que ses douleurs ont presque complètement disparu et qu'elle se sent beaucoup mieux.

Le 28 et le 30, injection de 2 cm³, de vaccin. Un toucher vaginal pratiqué le 1er novembre, montre une fonte marquée de la masse du cul-de-sac gauche, qui n'est plus douloureux à la pression.

Mais, le 5 novembre, nouvelle élévation de la température à 39° correspondant à une poussée annexielle droite et à une phlébite du membre inférieur gauche. La malade accuse à nouveau des douleurs abdominales surtout marquées à droite. Cependant, on ne met pas de glace sur l'abdomen et on pratique une nouvelle série de vaccin Pasteur aux mêmes doses les 9, 11, 13 et 15 novembre. Dès la première injection les douleurs abdominales diminuent très nettement pour disparaître à la deuxième. Cependant la température, quoique légèrement abaissée après chaque piqûre, ne revient pas à la normale. La phlébite continue son évolution, mais les touchers successifs montrent une diminution rapide de la masse annexielle qui est complètement indolore.

Cependant, si les lésions locales sont en voie très nette de regression, la malade, profondément infectée, continue à présenter de la fièvre à grandes oscillations pendant l'évolution de la phlébite, au point qu'on fait une injection d'or colloïdal.

Une amélioration sensible se produit seulement le 15 décembre, date à laquelle la température retombe à la normale progressivement. Quoique la malade ne présente plus rien qu'un léger œdème de son membre malade, mais très peu de chose au point de vue local, elle reste dans le service jusqu'au 15 janvier, date à laquelle elle sort complètement guérie, ne présentant plus aucune lésion appréciable au toucher.

La malade revue le 15 avril est en très bonne santé et ne se plaint de rien.

Observation II

G... Jeanne, 20 ans, ouvrière d'usine. Cellulite pelvienne avec annexite droite.

A la suite d'un accouchement à terme le 13 janvier 1925, fait une infection puerpérale, avec température à 39°, qui nécessite son entrée à l'hôpital le 29 janvier.

A l'examen, réaction péritonéale marquée et l'examen local fait constater une cellulite pelvienne gauche avec annexite droite. La

malade présente de fortes douleurs abdominales et un mauvais état général. La température oscille entre 38° et 39°5.

Les 5, 7, 9 et 11 février, on fait des injections de vaccin à doses croissantes : 1/2, 1, 2 et 2 cm³.

Le 12 février, en même temps que les douleurs ont complètement disparu, la température tombe à 37° et se maintient entre 37° et 37°5.

L'examen génital pratiqué le 4 mars fait constater un col court, fermé, déchiré à gauche. Le cul de sac droit est souple et complètement indolore ; à gauche, le cul de sac est encore empâté, mais non douloureux. Les fosses iliaques sont complètement souples et non douloureuses.

Le 6 mars, la malade se plaint d'une douleur dans la fosse iliaque droite, où l'examen fait constater une tuméfaction grosse comme une orange, mais ne semblant pas en rapport avec l'annexe. La température reste d'ailleurs normale, et au bout de deux jours, les douleurs disparaissent. La malade reste cependant à l'hôpital et ne sort que le 11 Avril, mais pendant toute cette période la température est restée normale et l'examen local n'a montré qu'un léger empâtement indolore du cul-de-sac gauche. N'a pas été revue.

Observation III

Mme D... 35 ans, ménagère. Hématocèle infectée.

Vient à l'hôpital pour douleurs abdominales. Elle avait eu un retard de règles de plusieurs semaines en novembre-décembre 1925, puis elle avait été prise de douleurs abdominales à début brusque qui s'étaient répétées plusieurs fois et qui s'étaient accompagnées de tendances à la syncope.

A son entrée, le 7 janvier, on constate une tuméfaction abdominale qui forme un globe remontant jusqu'à 3 cm. de l'ombilic. Par le toucher, on constate qu'il s'agit d'une collection sous forte tension située en arrière et au-dessus de l'utérus qui est repoussé en avant vers la symphyse pubienne. Cette collection bombe fortement sous le cul-de-sac postérieur du vagin. Il n'y a pas de réaction péritonéale au voisinage.

A cause de la température qui atteint 38°, on se méfie de la septicité de cet épanchement, le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine étant par ailleurs évident.

Le 9 janvier, on fait une ponction de Douglas qui permet de retirer du sang hemolysé, noirâtre, sans odeur. Devant cet aspect, et sans attendre le résultat de l'examen bactériologique on se décide à faire une colpotomie : évacuation d'une quantité importante de sang et de quelques caillots ; le doigt, introduit dans l'orifice de colpotomie fait sentir des adhérences que l'on ne peut pas rompre complètement : drain en T.

Les jours suivants, la température s'élève et se maintient entre 38 et 39 ; d'autre part, l'examen montre que la collection abdominale n'a pas entièrement disparu. Et le 18, sous anesthésie générale, on agrandit l'orifice de colpotomie, on rompt les adhérences qui existent à la face postérieure de l'utérus et on évacue une quantité importante de caillots.

Il est donc évident qu'il s'est fait une infection secondaire de l'hématocèle par le vagin et que cette infection a entraîné un suintement sanguin dans la poche.

A la suite de cette nouvelle intervention, la température ne baisse pas, la malade est toujours fatiguée.

Les 21, 23, 25 et 27, on fait alors quatre injections à doses croissantes : 1/2, 1, 2 et 2 cm³ de vaccin Pasteur et on constate une action très nette sur la température qui redevient normale après la deuxième injection. En même temps, les signes physiques se sont modifiés : la collection abdominale s'est affaissée et on supprime le drainage au bout de quelques jours. Il se produit une organisation sclereuse de l'hématocèle pelvienne, avec rétraction de tous les tissus qui constituent, derrière le col utérin, un bloc de consistance très dure. Malgré une nouvelle poussée thermique de 48 heures, la malade s'achemine rapidement vers la guérison et sort le 11 février.

Elle revient 10 jours après, car elle aurait fait chez elle une nouvelle poussée thermique. Mais on constate seulement que le cul-de-sac postérieur est encore occupé par une masse de volume peu important, mais très dure, remontant un peu vers la droite. Cependant, de crainte qu'il ne se soit constitué une rétention purulente, on rouvre avec une pince, sous anesthésie, l'orifice de colpotomie, mais on ne trouve que des tissus indurés, sans aucune collection sanguine ni suppurée et on ne met pas de drain. Cette petite intervention a cependant un effet heureux sur la température qui reste à la normale, et sur les signes physiques, car on obtient une rétrocession très nette de la masse rétro-utérine. Seule, persiste une induration au niveau même du

Douglas. La malade rentre alors chez elle et n'a plus rien ressenti depuis.

Observation IV

Mme D... Marie, 21 ans, ménagère. Cellulite Pelvienne.

La malade entre à l'hôpital le 2 mars 1926 pour douleurs abdominales ayant débuté le 26 février. Elle avait un retard de 4 mois, et le 26 février, elle est prise de violentes douleurs en même temps qu'apparaissent des pertes rouges très abondantes ; dans la journée, elle expulse un fœtus, mais elle ne peut dire si le placenta a été évacué en entier.

Les 27 et 28 février et le 1er mars, la malade reste alitée chez elle et continue à avoir des métrorragies abondantes, en même temps que sa température monte à 38°5, si bien qu'elle se décide le lendemain à entrer à l'hôpital.

A l'examen, à l'entrée, on constate une très légère réaction péritonéale accompagnée de fièvre à 39°5. Elle se plaint toujours de douleurs abdominales et les pertes continuent. En l'absence de toute intervention, la température baisse dans les jours suivants, mais les douleurs continuent et on constate au toucher que les culs-de-sac latéraux et, en arrière, le Douglas, sauf au centre, bombent fortement dans le vagin. Cette tuméfaction est partout d'une dureté ligneuse et très douloureuse spontanément et à la pression. L'utérus est enchassé dans cette cellulite et très peu mobilisable. Le col est entr'ouvert.

Mais le 6 mars, la température recommence à monter, et on fait à la malade 4 injections, à raison d'une tous les deux jours, de vaccin antipyogène Pasteur, aux doses croissantes de 1/2, 1, 2 et 2 cm³. Dès la première injection les douleurs diminuent, la température retombe à la normale et dès le 8 mars, la cellulite a beaucoup diminué d'importance.

La malade sort le 20 mars, ne présentant plus aucun trouble et le toucher fait seulement constater encore un peu d'empâtement du cul-de-sac droit.

Mme D..., nous écrivait le 20 avril qu'elle n'avait plus absolument rien ressenti depuis sa sortie de l'hôpital.

Elle est examinée à la consultation 8 jours plus tard : elle à quelques pertes blanches, mais ne souffre plus du tout ; ses

règles sont normales. Au toucher, on constate un utérus antéfléchi, bien mobile, les culs-de-sac sont absolument souples et indolores.

Observation V

Mlle P... Andrée, 24 ans. Infection post-abortum avec réaction annexielle. La malade qui présentait un retard de 2 mois, est prise le 29 janvier de douleurs abdominales violentes accompagnées de métrorragies, sans caillots, et la température monte immédiatement à 39° ; le 30 janvier, elle à 40° et elle entre à l'hôpital le 1er février.

Il s'agit d'une malade pâle, qui présente des douleurs abdominales peu marquées, mais qui, par contre, présente des pertes rouges très abondantes ; la température est à 40°5.

Le toucher permettant de constater que la fausse couche n'est pas encore faite, on vide l'utérus immédiatement, sans anesthésie. Le lendemain, la malade ne perd presque plus, et la température retombe à la normale.

Mais le 3 février, celle-ci recommence à monter en même temps que la malade accuse des douleurs assez intenses dans le bas ventre, et bilatérales. Les 4 et 5 février la fièvre monte à 40° et on constate que les culs-de-sac droit et gauche sont empâtés et douloureux.

On fait alors le 6, le 8 et le 10, une injection de vaccin Pasteur, aux doses respectives de 1/2, 1 et 2 cm³. Dès la première injection, la malade accuse une amélioration très nette ; les douleurs sont beaucoup atténuées, et après la 2e injection, elle ne souffre plus. Après la 1re injection, la température tombe de 40 à 38°5, et après la troisième, elle est redevenue normale.

Cependant, le 15, la malade recommence une petite poussée fébrile à 38° 3 et on fait encore une injection de 2 cm³ de vaccin, à la suite de laquelle la température retombe à 37°.

La malade sort le 26 février, ne présentant plus aucun trouble.

N'ayant pu revenir à la consultation, la malade nous écrivait le 20 avril de Genève, qu'elle pouvait de nouveau aller et venir comme autrefois. Elle avait eu une poussée douloureuse à gauche, coïncidant avec ses règles, immédiatement après sa sortie de l'hôpital, et ayant cessé en même temps qu'elles. Elle ajoute que,

depuis deux mois, elle ne ressent absolument plus rien et que ses règles sont absolument normales et non douloureuses.

Observation VI

Mlle N..., 19 ans. Annexite bilatérale.

La malade entre à l'hôpital le 28 février pour douleurs bilatérales dans le bas ventre. Ces douleurs ont débuté il y a 17 mois à la suite d'une grossesse normale, sans complications ultérieures. L'enfant est mort à 4 mois de cause inconnue.

Les règles ont toujours été régulières, mais peu abondantes ; par contre, elle présente depuis longtemps des pertes verdâtres abondantes. Elle avait en réalité peu de douleurs jusqu'au 4 août 1925, date à laquelle elle a commencé à souffrir dans le bas ventre, les douleurs survenues brusquement, ne s'accompagnant pas de vomissements, mais d'une température aux environs de 40°. Elle aurait été à cette époque hospitalisée pendant 21 jours à Lariboisière, sans autre traitement que le repos au lit.

En septembre, elle est de nouveau reprise de douleurs abdominales bilatérales, non calmées par le repos.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente des douleurs assez marquées, une température à 38°8 et le toucher fait constater dans les culs-de-sac droit et gauche, l'existence d'une masse annexielle de la grosseur d'une mandarine et douloureuse. Elle a eu des pertes sanglantes pendant 10 jours.

Les jours suivants, la température oscille entre 38° et 39°, et la malade continue à souffrir. Le 5, première injection de 1/2 cm³ de vaccin Pasteur, à la suite de laquelle la température tombe à 37°3, mais elle remonte le 6 pour atteindre 40°2 le 7. Nouvelle injection de 1 cm³ de vaccin et le lendemain, la température est à 37°3. Les douleurs sont presque complètement disparues. Le 10 et le 13, injection de 2 cm³ de vaccin Pasteur ; la température reste toujours entre 37 et 37°5 et au toucher, on constate que les culs de-sac ne sont plus douloureux ; les masses droite et gauche ont nettement diminué de volume.

Le 18 mars, la malade sort de l'hôpital ne présentant plus aucun trouble.

Elle nous écrivait le 23 avril n'avoir plus rien ressenti depuis

sa sortie et qu'elle avait repris sa vie normale. Par contre les pertes blanches persistaient, quoique moins abondantes.

A côté de ces malades qui ont été hospitalisées, nous avons recueilli un certain nombre d'observations parmi celles des femmes qui ont été traitées à la consultation sans être immobilisées. Chez elles, les doses de vaccin employées ont été plus fortes.

Observation VII

Mme J..., 31 ans, ménagère. Annexite bilatérale.

La malade vient consulter pour douleurs abdominales ayant débuté il y a quelques mois, survenant à intervalles variables, surtout quand elle est fatiguée.

A l'examen, on trouve une retroversion utérine bien tolérée. L'utérus est mobile, et cette mobilisation n'est pas douloureuse. Masse annexielle un peu augmentée de volume, douloureuse à droite et à gauche.

Le 29 décembre 1925, injection de 2 cm³ de vaccin Pasteur.

Le 31 décembre 1925, injection de 4 cm³ de vaccin Pasteur.

Le 2 janvier 1926, injection de 6 cm³.

Le 4 janvier 1926, injection de 8 cm³.

Ces injections ont été très bien supportées par la malade, tant au point de vue local qu'au point de vue général.

La malade, revue le 19 février 1926, va très bien, ne souffre plus. Les culs-de-sac sont souples et non douloureux.

Observation VIII

Mme C..., 26 ans. Annexite droite.

Vient à la consultation le 12 janvier 1926 pour douleurs du bas ventre, surtout marquée du côté droit ; elle a en outre des pertes blanches abondantes.

Le toucher fait constater une petite annexite droite ; la mobi-

lisation utérine est douloureuse. En outre, on constate un point douloureux cœcal.

Le jour même, on fait une première injection de 2 cm³ de vaccin antipyogène.

Le 14, injection de 4 cm³ que la malade supporte bien.

Le 16, injection de 6 cm³ qui donne une petite réaction à la malade, réaction caractérisée par quelques bouffées de chaleur dans l'après-midi, mais pas de réaction locale.

Le 19, on ne fait encore que 6 cm³. La malade accuse elle-même une grosse amélioration. Elle revient, comme on le lui avait dit, un mois après à la consultation et on peut constater une grosse amélioration de l'annexite qui ne donne plus lieu à aucune douleur. La mobilisation utérine n'est plus douloureuse et la malade n'a presque plus de pertes.

Observation IX

Mme D..., 42 ans. Annexite bilatérale.

Vient à la consultation le 14 janvier 1926 pour douleurs abdominales bilatérales ayant débuté il y a environ un mois ; la malade présente quelques pertes blanches.

Le toucher permet de constater un utérus rétrodévié, difficilement mobilisable et douloureux. Les deux culs-de-sac sont empâtés et douloureux. La malade n'a cependant pas cessé son travail. On fait une première injection de vaccin Pasteur de 2 cm³.

Le 16, injection de 4 cm³. Pas de réaction locale. Quelques bouffées de chaleur et malaise général. On attend 5 jours pour faire, le 21, une injection de 6 cm³ qui donne une réaction moins marquée. Cependant, on attend encore 5 jours pour faire, le 26, une dernière injection de 8 cm³.

La malade est revue, à la consultation, le 18 février 1926 ; elle ne souffre plus et l'examen local permet de constater que l'utérus, rétrodévié, est beaucoup plus mobilisable, mais pas encore complètement libre. Le cul-de-sac droit est complètement libre, souple et indolore. A gauche, il persiste un peu d'empâtement.

La malade est revue de nouveau le 15 avril 1926. La malade va très bien ; l'utérus est maintenant complètement mobile. Le cul-de-sac droit est absolument normal. On sent à gauche une masse du volume d'une noix, mais bien mobile et non douloureuse.

Observatiod X

Mme B..., 24 ans. Annexite droite.

Vient à la consultation le 4 mars 1926 pour douleurs abdominales surtout marquées du côté droit, survenue à la suite d'une grossesse normale il y a 3 mois. Pas de fièvre.

Au toucher, on constate que l'utérus est mobile, mais cette mobilisation est un peu douloureuse. On sent dans le cul de sac droit une masse annexielle bien limitée, du volume d'une mandarine, très peu mobile et douloureuse.

On fait le jour même une première injection de 1 cm³, très bien supportée par la malade. Le 6, injection de 2 cm³. Le 9 injection de 4 cm³ et le 11 injection de 6 cm³. La malade accuse une amélioration très nette dans son état ; elle ne souffre plus et elle est renvoyée sans aucun traitement que des injections. Elle est revue le 18 avril 1926 ; la malade continue à aller très bien. Il n'y a plus aucun trouble fonctionnel. L'utérus est mobile, non douloureux ; les culs de sac sont libres et souples. Il n'existe plus de masse annexielle à droite et la douleur à complètement disparu.

Observation XI

Mme A..., 30 ans. Ancienne opérée d'appendicite dans le service le 24 novembre 1924. Annexite bilatérale.

Vient consulter pour douleurs abdominales ayant débuté il y a 5 mois, douleurs plus marquées au moment des règles et lorsque la malade est fatiguée. Pertes blanches assez abondantes. Un examen pratiqué le 21 janvier 1926 fait constater un utérus rétrodévié et un peu fixé, avec un col un peu gros. Les culs-de-sac sont empâtés et, surtout à gauche, on constate une masse nette, de la grosseur d'une mandarine, et douloureuse. Le cul-de-sac droit est d'ailleurs douloureux également.

Le 21 janvier 26, on fait une première injection de 2 cm³ de vaccin antipyogène, qui amène déjà une sédation de la douleur.

Le 23 janvier, nouvelle injection de 4 cm³ bien supportée par la malade. Le 26, injection de 6 cm³ qui amène une réaction générale un peu vive, mais n'obligeant cependant pas la malade à rester

couchée. On attend cependant 4 jours, et le 30 janvier 1926, on fai une dernière injection de 8 cm³. A ce moment, un examen pratiqué fait constater une très grosse amélioration de la malade : l'utérus est mobile, non douloureux ; le cul-de-sac droit est libre, souple, non douloureux ; à gauche, il persiste une petite masse de la grosseur d'une noix, mobile et non douloureuse.

La malade n'a pas été revue.

Observation XII

Mme B..., 26 ans. Métrite endo-utérine. Annexite bilatérale.

La malade vient consulter le 19 janvier 1926 pour des pertes jaunâtres très abondantes accompagnées de douleurs abdominales bilatérales assez marquées.

L'examen fait constater un utérus rétrodévié et fixé ; les essais de mobilisation sont très douloureux. Les culs-de-sac droit et gauche sont empâtés et douloureux.

On fait une première injection de 1 cm³ d'antipyogène Pasteur.

Le 21 janvier 1926, deuxième injection de 4 cm³ assez bien tolérée.

Le 23 janvier, troisième injection de 6 cm³ et enfin le 26 janvier, 8 cm³ de vaccin.

La malade revient pour se faire examiner le 16 mars 1926. A ce moment, elle ne présente plus aucun trouble fonctionnel, aucune douleur. Sa métrite persiste, mais au point de vue annexiel, le résultat est excellent. Le toucher montre un utérus mobile, non douloureux. Les culs-de-sac sont libres et souples, absolument indolores. La métrite est alors soignée par le néo-filhos. La malade, revue de nouveau le 22 avril 1926, continue à être en parfait état de santé. Rien à l'examen physique. Aucune douleur. Règles normales.

Obvervation XIII

Mme D..., 25 ans. Annexite bilatérale post partum.

La malade vient consulter pour des douleurs abdominales qui ont débuté en avril 1925. Elle présente depuis déjà deux ans et

demi des pertes banches et des métrorragies survenues à la suite de l'accouchement, à 8 mois, d'une petite fille.

Elle a été traitée à cette époque par des injections sous cutanées d'Immunizol Greny et elle aurait constaté à leur suite une amélioration.

Mais elle vient à la consultation le 12 décembre 1925 parce qu'elle souffre à nouveau. A l'examen pratiqué ce jour-là, on constate un utérus légèrement rétroversé, dont la mobilisation est douloureuse et gênée à droite comme par un placard un peu rigide. On ne constate cependant pas de masse nette de ce côté. A gauche, le cul-de-sac est à peu près souple, mais douloureux. On lui fait ce jour là une première injection de vaccin Pasteur de 2 cm³, puis de deux en deux jours, trois nouvelles injections aux doses croissantes de 4 cm³, 6 cm³ et 8 cm³.

La malade est revue un mois et demi après, le 30 janvier 1926 et à cette époque, on peut constater un excellent résultat, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue des signes physiques : les culs-de-sac sont souples, non douloureux. L'utérus est redevenu complètement mobile et non douloureux. Toutefois, la malade éprouve encore quelques légères douleurs quand elle est très fatiguée.

La malade, revenue sur notre demande, est examinée de nouveau le 31 avril 1926. Elle n'éprouve plus aucune douleur bien que depuis le mois de février elle ait repris son travail normal. Elle à seulement eu, ce mois là, des règles ayant duré deux jours de plus que normalement, mais non douloureuses. Au point de vue local, les culs-de-sac sont parfaitement souples, l'utérus complètement mobile et non douloureux.

Nous avons dit au cours de notre exposé que le vaccin était parfois mal toléré par les malades et nous rapportons une des observations assez rares d'ailleurs où nous avons pu constater quelques incidents à employer des doses plus fortes que celles employées habituellement.

Observation XIV

Mme L..., 24 ans. Annexite droite réveillée par filhos.

La malade traitée depuis une quinzaine de jours, à la consultation, par des applications de filhos pour métrite du col, vient

consulter pour des douleurs dans le bas ventre du côté droit et l'examen local pratiqué ce jour, montre une masse annexielle droite du volume d'une mandarine au moins.

On lui fait alors une injection de vaccin antipyogène Pasteur de 2 cm³ qui ne donne lieu qu'à une faible réaction. Cependant, on ne fait la seconde piqûre, de 4 cm³, que cinq jours après, le 9 février, puis une troisième, de 4 cm³ également, le 13 février car la malade parait supporter assez mal le vaccin. Elle se plaint en effet d'avoir, après chaque piqûre, une grosse réaction et des bouffées de chaleur, et dans le courant de la journée un état presque syncopal par moments.

Aussi, on ne lui fait une 4e injection que le 17 février, et seulement de 4 cm³. Bien que la dose soit moins forte que celle faite habituellement pour les mêmes malades, l'amélioration produite est malgré tout très nette.

Revue le 9 mars 1926, elle va beaucoup mieux localement ; on sent encore à droite une masse annexielle du volume d'une noix dans sa coque verte, mais non douloureuse.

Revue de nouveau un mois après, le 8 avril 1926, elle va encore beaucoup mieux et l'état général s'est considérablement amélioré. On ne constate pour ainsi dire plus rien localement.

Nous avons dit d'autre part que le vaccin ne donnait pas toujours les résultats que l'on en attendait et nous rapportons l'observation de deux malades qui, malgré le vaccin, ont dû cependant être opérées.

Observation XV

Mme J... Laure, 38 ans (observation recueillie par le Dr Moulonguet).

La malade, soignée par Mlle Pommay pour une salpingite depuis le 4 mars 1926, présentait à cette époque, en même temps que des symptômes douloureux marqués, un utérus fixé, douloureux et des masses annexielles également fixées et douloureuses.

Elle fut d'abord traitée par le vaccin antipyogène Pasteur aux doses de 1 cm³, 2 cm., 4 cm³ et 6 cm³, les 4, 6, 9 et 11 mars 1926.

Cependant, à l'examen pratiqué le 3 avril suivant, le résultat n'est pas très appréciable et si l'utérus a retrouvé sa mobilité, n'est plus douloureux, on constate par contre la persistance des masses annexielles bilatérales, fixées et douloureuses. La malade se plaint de souffrir toujours des reins et du ventre et de ne pas pouvoir travailler.

Antécédents : La malade souffre depuis 6 mois et son ventre grossit. Elle a eu une fausse couche il y a 20 ans ; pas de grossesse depuis. Elle a été soignée pour rétroversion à Rotschild l'année dernière et a porté un pessaire pendant 7 mois.

A l'examen, femme grasse, à bassin étroit. L'utérus paraît peu mobile, on ne sent pas nettement d'annexites, mais les culs-de-sac sont douloureux.

Opération le 5 avril, sons anesthésie à l'éther. Paroi très adipeuse. Le muscle droit du coté droit est déchiré en mettant la valve. Lésions de périsalpingite nettes des deux côtés. Les annexes sont adhérentes à la face postérieure du ligament large des deux côtés. Mais les lésions de salpingites proprement dites sont très peu marquées à droite, assez nettes à gauche, avec trompe distendue, sans pyosalpinx cependant.

Les conditions opératoires, l'étroitesse du bassin, une anesthésie difficile, empêchent seules de faire une hystérectomie fundique. On fait une hystérectomie subtotale, péritonisation du fond du pelvis difficile, à cause de l'étroitesse, correcte cependant. Un seul plan pariétal avec une cellophane.

Suites opératoires simples.

Observation XVI

Mme D..., 25 ans, ménagère.

Entrée le 4 janvier à l'hôpital pour des pertes abondantes, verdâtres, accompagnant des douleurs abdominales. Le mari semble présenter, au dire de la malade, un écoulement uretal. La malade aurait commencé à s'apercevoir de ces pertes il y a environ un mois, date à laquelle elle a commencé à souffrir de douleurs diffuses dans l'abdomen, avec maximum dans le bas ventre.

A l'examen, on constate une métrite marquée, avec une légère annexite bilatérale, mais très douloureuse semble-t-il. Depuis son entrée, la température oscille entre 37 et 38 et le 7, on commence

une série d'injections de vaccin antipyogène, à raison d'une tous les deux jours aux doses de ½ , 1, 2 et 2 cm³. Les douleurs ne semblent que peu influencées par le vaccin et la température persiste, montant même à près de 39 entre la 2e et 3e piqûre. Elle retombe ensuite progressivement à la normale, mais les culs-de-sac sont toujours empâtés et douloureux. La malade souffre presque continuellement.

Elle sort sur sa demande de l'hôpital dans cet état. Le vaccin semble en somme n'avoir eu aucune influence, ni sur les signes fonctionnels, ni sur les signes physiques. Nous avons eu des nouvelles de la malade qui écrivait le 20 avril, que, après sa sortie, elle avait continué à avoir des douleurs violentes et des hémorragies. Mais après huit jours passés chez elle, elle entrait de nouveau dans un hôpital où elle était opérée. Hystérectomie totale.

Il est probable qu'il s'agissait dans ce dernier cas d'une annexite purement gonococcique et peut-être le Dmegon aurait-il eu une influence plus nette sur la regression des lésions.

Nous terminerons enfin en disant que chez certaines malades, le vaccin aurait une influence heureuse si elles acceptaient de continuer leur traitement, même lorsqu'elles éprouvent une amélioration trop nette dans leur état dès la première injection. En voivi une observation :

Observation XVII

Mme H..., sans profession, 24 ans. Annexite bilatérale post abortum.

Entrée le 1er février 1926 dans le service pour douleurs siégeant dans le bas ventre. La malade avait eu, depuis le mois d'octobre 1925, un retard de règles et elle fait une fausse couche le 12 décembre. Suites immédiates normales.

Mais dans la suite, la malade a continué à présenter des métrorragies d'abondance moyenne, mais à peu près continues, avec des caillots.

Huit jours après la fausse couche, la malade a commencé à ressentir quelques douleurs dans le bas ventre, et à avoir des pertes blanches très abondantes.

Depuis, les douleurs n'ont fait qu'augmenter, apparaissant irrégulièrement, empêchant le sommeil. En même temps, atteinte de l'état général, fièvre à 39°, asthénie, anorexie complète.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente encore de l'anémie, elle a encore des hémorragies abondantes avec caillots volumineux et température à 38°. Annexite bilatérale.

Le 4 février, la température commençant à monter davantage, on fait une première injection de vaccin antipyogène de 1 cm³, qui a pour résultat de faire tomber la température et d'amener une sédation assez nette des douleurs.

A la suite d'une deuxième injection de 1 cm³, la température tombe à 37°, la malade ne souffre plus du tout. Cependant à l'examen, le cul-de-sac droit, dans lequel on avait constaté une masse annexielle de la grosseur d'une orange, douloureuse, le cul-de-sac gauche, dans lequel on avait constaté une masse également douloureuse, de la grosseur d'une mandarine, sont encore empâtés, mais beaucoup moins douloureux. L'amélioration après la deuxième injection est tellement nette que la malade sort immédiatement de l'hôpital, sans terminer son traitement, le 10 février.

Nous avons cependant pu avoir de ses nouvelles et elle nous écrivait le 25 avril que, après sa sortie, « elle avait fait des imprudences », qu'elle avait recommencé à souffrir et qu'elle était entrée à l'hôpital (sans dire lequel) où on l'avait opérée. Hystérectomie totale. Elle ajoute qu'elle a, depuis, « constamment des bouffées de chaleur, ainsi que de petites douleurs dans le ventre et qu'elle est d'une nervosité extrême ».

Il est probable que si la malade n'avait pas été améliorée aussi rapidement et si elle avait accepté de terminer son traitement, étant donné le résultat si net obtenu par le vaccin, elle aurait pu éviter la castration.

CONCLUSIONS

I. Dans les infections péri-utérines aiguës, telles que phlégmon du ligament large ou cellulite pelvienne, l'emploi du tétra-vaccin antpyogène Pasteur a permis souvent d'arrêter l'extension des lésions, de diminuer de beaucoup la durée du traitement médical classique en faisant obtenir une fonte plus rapide des lésions, en diminuant et en faisait même cesser complètement, en peu de temps, les symptômes douloureux accusés par les malades.

II. Dans les salpingites subaiguës ou chroniques, quelle qu'en soit la cause (les salpingites tuberculeuses exceptées), le vaccin semble, lorsqu'il est employé aux doses élevées, telles que nous les avons indiquées, faire régresser très rapidement les lésions observées par le toucher vaginal.

III. Le vaccin antipyogène Pasteur ne donne aucun résultat dans les salpingites aiguës récentes purement gonococciques, cas dans lesquels il serait préférable d'utiliser le vaccin monovalent spécifique.

IV. Malgré les constatations encourageantes que nous avons faites, on ne peut pas parler de résultats absolument constants; la vaccinothérapie ne saurait, aujour-

d'hui encore, constituer un mode thérapeutique unique en gynécologie. Cependant, le vaccin doit être considéré comme un adjuvant précieux de la thérapeutique médicale, qu'il abrège considérablement, et de la thérapeutique chirurgicale, car il peut permettre plus souvent de faire des opérations conservatrices. Il est possible que dans certains cas, la vaccinothérapie permette même d'éviter toute opération chirurgicale.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu : Le Président,
P. LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

POPP. — **De l'Evolution clinique et bactériologique des salpingites.** Thèse. Bordeaux, 1906.

BAUMANN. — **Vaccinothérapie.** Chicago Médical Record, 1908.

CASTAIGNE. — **Vaccinothérapie.** Journal médical français, mars 1919.

SEZARI. — **La Vaccinothérapie.** Journal médical français. Mars 1919.

MANTÉ. — **Ma pratique de la vaccinothérapie.** Journal des Praticiens, mars 1919. Société de biologie, mars 1919.

AIMES. — **La vaccinothérapie en chirurgie.** Journal de Médecine, 20 mai 1920.

BOUSQUET. — **La vaccinothérapie antigonococcique.** Thèse de Paris, 1920.

LE DENTU-DELBET. — **Traité de Gynécologie.**

KUSS. — **Vaccinothérapie dans les annexites.** Thèse de Paris, 1920-21.

DELBET. — **Plusieurs cas de vaccinothérapie par le vaccin de Delbet.** Société de chirurgie. Journal des Praticiens, 5 février 1921, p. 95.

SPRONCK. — **Etat actuel de la vaccinothérapie.** Nederlansch Tijilsch a Genecok. Amsterdam, tome I, n° 16. 16 avril 1921, p. 2116.

DANTIN. — **Sur un cas de pyohémie puerpérale lente et prolongée n'ayant cédé qu'à la vaccinothérapie.** Revue française de Gynécologie et d'obstétrique. T. VI, n° 1, 1922.

VORON, TICHON et SEDAILLAN. — **Contribution à l'étude de la vaccinothérapie de l'infection puerpérale.** Lyon chirurgical. Mars-Avril 1923.

ADAM. — **Contribution à l'étude de la vaccinothérapie de l'infection puerpérale.** Thèse de Paris, 1920.

LEQUEUX. — **La vaccinothérapie en obstétrique.** Revue de Gynécologie et d'Obstétrique, nos 11 et 12, juin 1923 (25 février 1923).

MAGALHAES. — **Vaccinothérapie dans les annexites.** Revue de Gynécologie et d'Obstétrique, no 5, 1924.

SYREDEY et BROCQ. — **Traitement médical des salpingites.** Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques. 10 septembre 1924.

JOUVE & Cie, Imprimeurs-Éditeurs, 15, Rue Racine, PARIS. — I. M. L

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

EN MÉDECINE